

# Schadenmeldung

Police Nr.:

## Annullierungskostenversicherung vor Antritt der Reise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie haben Ihre Reise leider annullieren müssen. Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei.

- Reiseunterlagen (Annullierungs-Abrechnung und Buchungsbestätigung mit Reisebedingungen des Veranstalters)
- Arztzeugnis / Todesschein/-anzeige
- Ärztliche Bescheinigung (ab einem Betrag von CHF 2000.- durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin ausfüllen zu lassen)
- Kopie der Versicherungs-Police

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

### Fragen zum/zur Versicherungsnehmer/in (anspruchsberechtigte Person)

Name:

Vornamen:

Geburtsdatum:

Strasse/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon (tagsüber erreichbar):

E-Mail-Adresse:

Kontonummer (IBAN):

Bankleitzahl (BIC/SWIFT):

### Fragen zu weiteren Versicherungsdeckungen

1. Sind Sie bei einer anderen Gesellschaft gegen Annullierungskosten versichert?  ja  nein

Gesellschaft:

Police Nr.:

2. Wurden die Reisekosten mittels Kreditkarte bezahlt und durch den Kreditkarten-Anbieter reiseversichert?  ja  nein

Wenn ja, Name des Kreditkarten-Anbieters inkl. Kartennamen (z.B. Gold Mastercard):

Wenn ja, Name des Karteninhabers:

### Fragen zur geplanten Reise

3. Datum der Annullierung beim: (Reisebüro/Veranstalter):

4. Wie viele Personen haben gemeinsam gebucht?

5. Wie viele davon haben annulliert?

6. In welchem Verhältnis stehen die Reisetilnehmer zu einander?

### Fragen zum Ereignis

7.  unerwartete schwere Krankheit  Unfall  Todesfall  andere:

Kurze Zusammenfassung des Falles:

### Bestätigung und Vollmacht

Die EUROPÄISCHE ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die EUROPÄISCHE nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Ich ermächtige Ärzte, Krankenanstalten und Versicherungen aller Art der EUROPÄISCHEN Reiseversicherungs AG alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift des Schadenverursachers oder des gesetzlichen Vertreters

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

# Ärztliche Bescheinigung für:

Police Nr.:

## Fragen zum Ereignis

1. Datum der Erstbehandlung im Zusammenhang mit diesem Ereignis: \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_
2. Genaue Diagnose (keine Abkürzungen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet?  ja  nein
4. Wann erkrankte/verunfallte der/die Patient/in? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
5. Wurden diese Beschwerden zuvor bereits einmal/mehrfach behandelt?  ja  nein  
Falls ja, in welchem Behandlungszeitraum? \_\_\_\_\_ Daten: \_\_\_\_\_
6. Anamnese: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Ist eine unvorhersehbare gravierende Verschlechterung eingetreten?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
8. War der/die Patient/in arbeitsunfähig?  ja  nein  
Falls ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
9. Fand eine stationäre Behandlung statt?  ja  nein  
Wenn ja, von wann bis wann? (Bitte eine Kopie des Austrittberichtes mitsenden) \_\_\_\_\_
10. Erfolgte eine Operation?  ja  nein  
Wenn ja, Datum der Operation: \_\_\_\_\_
11. Wann genau wurde der Operationstermin vereinbart? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Reisefähigkeit

12. Wie war der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Reisebuchung?  
Beschreibung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Wann war erstmalig erkennbar, dass die Reise wegen des Gesundheitszustandes nicht angetreten werden konnte?  
Datum: \_\_\_\_\_  
Aus welchem Grund? \_\_\_\_\_
14. Hat der/die Patient/in Sie über sein/ihr Reisevorhaben informiert?  ja  nein  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
15. Ab wann hielten Sie den/die Patient/in wieder für reisefähig? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Weitere Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift